

CAMBIERI I ŠKRLJEVSKA BOLEST: POČETAK VENEROLOGIJE U RIJECI

Gruber, Franjo

Source / Izvornik: **Acta medico-historica Adriatica, 2007, 5, 221 - 236**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:054893>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)

CAMBIERI ED IL MORBO DI SCHERLIEVO - Inizio della venereologia a Fiume

CAMBIERI AND ŠKRLJEVO DISEASE: The beginnings of venereology in Rijeka

Franjo Gruber*

SUMMARY

G. B. Cambieri was the most important physician in the Rijeka region in the first half of the 19th century. He was born near Pavia, and came to Rijeka in 1797. Soon he became the chief town physician. Most of his activity was directed against an infectious disease that appeared near Rijeka in the village of Škrljevo at the end of the 18th century. He described it as a disease in its own right, and termed it morbus Scherlievo, that is, the disease of Škrljevo. He wrote a few articles about the disease, which was a form of syphilis, and treated it with mercury preparations. He experimented with new therapies and even self-inoculation. He also took the initiative to open a new Civic Hospital with a Department of Syphilidology. After his death in 1838, he left all his money to the Hospital of the Holy Spirit of Rijeka. His work was of primary importance for the beginning of venereology in the Rijeka region.

Key words: History of medicine, 18th, 19th century, venereology, Cambieri, Škrljevo disease, mercury, Civic Hospital and Poorhouse, Rijeka, Croatia

INTRODUZIONE

Il nome di Giovanni Battista Cambieri è oggi poco noto negli ambienti medici fiumani e così pure all'estero. Il Cambieri fu un eminente medico all' inizio del XIX secolo nella lotta contro le malattie nella regione di Fiume (Rijeka]. Il suo nome è legato alla malattia di Scherlievo noto allora a medici e studiosi di molti paesi europei. Il dottor Cambieri oltre a

* Dipartimento di dermatovenerologia, Facoltà di Medicina, Università degli studi di Rijeka / Fiume. Indirizzo dell' autore: Prof. Dr. Franjo Gruber, Buzetska 2, HR – 51000 Rijeka. E-mail: franjo.gruber1@ri.t-com.hr

curare migliaia di pazienti fu colui che propose l'apertura del primo Ospedale civico a Fiume. Inoltre alla sua morte lasciò un ingente somma per migliorare l'ospedale [1,2]. Egli soprattutto studiò la sifilide endemica della regione, per cui possiamo considerarlo il primo venereologo o meglio sifilologo nella regione di Fiume e nella Croazia.

Rilevanti articoli e dati sul morbo di Scherlievo possiamo rintracciare nelle biblioteche delle facoltà di medicina di Fiume, Trieste, Padova, Vienna, biblioteca scientifica di Fiume, e negli archivi storici di Fiume, Cherso, Zagabria, Lubiana [3-5]. In questo lavoro, sulla base di queste opere e dati ho cercato di fare un'analisi critica sull'argomento e cercato di descrivere soprattutto il ruolo svolto dal Cambieri nello studio del morbo, nello sviluppo della venereologia e del pensiero medico nella nostra regione.

PRIME OSSERVAZIONI SUL "NUOVO" MORBO

Il morbo contagioso apparve nella regione montana che circonda Fiume attorno al 1790 e si diffuse rapidamente da villaggio a villaggio, espandendosi alla fine del XVIII e inizio del XIX secolo, nei villaggi di Scherlievo (Škrljevo), Kukuljanovo, Jelenje, Krasica, Draga, Praputnjak, Fužine, Castua, Delnice ed anche nella città di Fiume [6]. Furono colpite intere famiglie: neonati, bambini, giovani, adulti e anziani senza distinzione di sesso. I pazienti presentavano una sintomatologia complessa e devastante: dolori ossei, febbre, dolori e ulcere alle fauci, e vari esantemi [7,8].

Con il passare del tempo casi simili furono descritti in altre regioni: nell'Istria (Volosca, Laurana, Pisino), nel Bellunese dove la malattia prese il nome di Falcadina, e alcuni nel circondario di Trieste. All'inizio del XIX secolo il morbo si estese pure alla Croazia militare (Vojna krajina), Dalmazia e alla regione tra Ilirska Bistrica e Postumia in Slovenia [3,9,10]. Probabilmente la malattia veniva trasmessa da marinai, mercanti, militari oppure da prostitute [6].

Naturalmente il rapido diffondersi della malattia nel circondario di Fiume e la sua gravità suscitavano apprensione e panico nella popolazione locale e vivaci discussioni e preoccupazione nei lavoratori sanitari e tra le autorità. Un fenomeno simile è stato osservato recentemente con l'apparizione dell'AIDS, per cui si possono fare interessanti confronti [11].

Josip Leopold Massich (Mazić) protomedico di Fiume fu il primo a venire incaricato dalle autorità fiumane ad indagare sulla “nuova” malattia che si stava velocemente propagando. Innanzitutto il dr. Massich assieme al chirurgo Venceslav Fentler nel luglio del 1800 si recarono nei succitati villaggi per indagare sul numero delle persone colpite dalla malattia, sulle sue cause e origine, di che malanno si trattasse ed infine sulle eventuali misure da intraprendere per fermarne la propagazione. Constatarono che circa 2600 persone di entrambi i sessi e di differenti età erano affette dal morbo. Massich pensava che la malattia probabilmente era stata importata da alcuni marittimi croati provenienti dal Danubio, dove avevano combattuto per l’ esercito austriaco contro quello turco [7]. Un’ altra possibilità era che il morbo fosse stato importato da un disertore al ritorno dalla Bosnia, dove la sifilide era presente già da molto tempo, o infine nella sua propagazione abbia partecipato una prostituta della regione, una certa Margherita. Massich era del parere che si trattasse di una malattia venerea (sifilide) associata alla scabbia che chiama “*morbus venereoscabiosus*”. Questi dati furono riferiti in forma di rapporto scritto in latino al Consiglio di Fiume il 28 luglio del 1800 [4,7], e può considerarsi il “certificato di nascita della malattia”. Naturalmente la fantasia popolare aggiunse altre ipotesi sull’ origine della malattia dei fenomeni soprannaturali, alla posizione delle stelle e pianeti; oppure a una possibile sua importazione da parte delle truppe francesi. Ciò però ci sembra poco probabile dato che la malattia apparve nella regione di Fiume prima dell’ arrivo dei Francesi a Fiume (1805 e poi più a lungo dal 1809 al 1813).

CAMBIERI E LA DENOMINAZIONE DEL MORBO

All’ inizio dell’ Ottocento della malattia si interessò subito il dottor Cambieri, che per molti anni curò innumerevoli pazienti affetti da questa enigmatico morbo. Dopo il primo contributo alla conoscenza della malattia che aveva colpito la regione fiumana, data dal protomedico Massich, il maggiore impulso allo studio della malattia venne appunto dal dottore Cambieri. Il dottor Cambieri nacque a Torre di Mangano vicino a Pavia nel 1754, dove compì gli studi di medicina e fu allievo di celebri studiosi quali Gianbattista Borsieri e di Simone Andrea Tissot. Conseguì la laurea in medicina a Pavia nel 1778 [1]. A causa dell’ invasione napoleonica della Lombardia lasciò Pavia recandosi a Vienna e poi nel 1797 a Fiume, dove lavorò instancabilmente sino alla morte avvenuta nel 1838 [1]. Divenne protomedico di Fiume e del litorale ungarico, e pure consigliere patrizio di questa città. Fu un ottimo clinico aperto a nuove idee, una

persona carismatica, e benefattore. Difatti alla sua morte lasciò in eredità all' Ospedale civico di Santo Spirito l' ingente somma di 31.200 fiorini, "Fondazione Cambieriana" [12].

Il rapporto del dottor Massich segnalò 2600 casi del morbo nei villaggi attorno Fiume. Il consiglio cittadino chiese aiuti a Vienna e Budapest per arrestare l' epidemia. Da Budapest fu inviato il professore Ignazio Stahly che, dopo essersi informato della situazione, chiamò la malattia "scabbia sifilitica" a causa delle innumerevoli lesioni presenti alla cute. Il dottore Stahly cercò di curare i malati dello Scherlievo presso il lazzaretto di Martisnizza. Ottenendo qualche iniziale successo, pensò di potere arrestare la diffusione del morbo. Ben presto ci si accorse che questa conclusione era alquanto affrettata, e che il morbo continuava a diffondersi [7,13].

Difatti, nel 1801 il numero di ammalati era già aumentato a 4000, sicché la situazione sanitaria già grave, indicava una tendenza a divenire ancora peggiore, il che fu chiaro pure alle varie amministrazioni che una dietro l' altra si succedettero alla fine del Settecento ed inizio dell' Ottocento. Fiume nel XVIII secolo era sotto il governo degli Asburgici, però dopo il 1779 passò all' Ungheria, grazie all' imperatrice Maria Teresa, divenendo il porto principale e importante centro commerciale di questo stato. Nel 1797, Fiume fu per breve tempo occupata dai Francesi (Pace di Leoben), e nel 1805 nuovamente riconquistata dalle truppe francesi per alcuni giorni. Nel 1809, in base al trattato di Schönbrunn, fece parte delle province illiriche governate dal Marmont. Rimase sotto l' amministrazione francese sino al 1813, quando l' armata austriaca (generale Nougent) riconquistò la città. Così Fiume ritornò nuovamente sotto la monarchia asburgica e più tardi sotto l' amministrazione ungherese [14]. Da questa breve resoconto possiamo comprendere come a Fiume vi sia sempre stato un miscuglio di popoli, nazioni, religioni durante questo tribolato e turbolento periodo. Mentre la città si stava ampliando ed aumentando di importanza, associato ad una adeguata educazione grazie alle scuole instaurate dei gesuiti [2], ben diversa era la situazione nel retroterra montagnoso che si erge alle sue spalle. Tale regione rimase per lungo tempo arretrata sia economicamente che culturalmente. La popolazione di questi villaggi era povera e conduceva una vita grana. Certamente queste furono alcune delle cause favorevoli la propagazione della sifilide che potè manifestarsi, diffondersi rapidamente e causare un focolaio endemico nei villaggi attorno alla città.

In questo quadro storico, il Cambieri, già protomedico della regione, fu inviato nel 1801 a Škrljevo dove in una settimana visitò più di 2000 pazienti [7]. La sua conclusione fu che si trattava di una forma di sifilide



Giovanni Battista Cambieri (1754.–1838.)

o malattia particolare “sui generis”, a cui diede il nome di “morbo di Scherlievo”. Egli contattò il famoso professore Peter Johan Frank, a quel tempo il maggiore specialista di igiene e fondatore della medicina sociale e che insegnava presso varie università tra cui pure Pavia, il quale confermò che le teorie del Cambieri riguardo lo “Scherlievo” erano esatte, cioè che si trattava di un particolare forma di sifilide, morbo sui generis. Indicò pure alcune misure per arrestare la diffusione del morbo [15]. Qualche anno dopo venne inviato a Fiume pure il professore Joseph von Stifft che, dopo avere esaminato la situazione, notò che il numero dei sanitari presenti nella regione era decisamente scarso e che la cura dei pazienti a domicilio non avrebbe avuto risultati soddisfacenti. Egli perciò propose una serie di misure che avrebbero potuto, se scrupolosamente applicate, arrestare il diffondersi dello Scherlievo. Sfortunatamente quelle misure non furono subito intraprese poiché nel 1809, come è stato prima esposto, la città venne occupata dai francesi [16].

Durante questa occupazione il dr. Cambieri inviò nel 1811 un dettagliato rapporto a Parigi sulla situazione sanitaria a Fiume, e anche il dottore Begniers, capo medico dell' armata francese inviò nel 1812 un rapporto sullo Scherlievo all' Accademia medica parigina [6]. Da questi rapporti risultava che il numero dei pazienti affetti dal morbo era sui 14.000. Crediamo sia opportuno fare delle riserve sull' attendibilità di queste cifre. Esse sono esagerate e, reputo, riflettono piuttosto la poca volontà della popolazione locale ad arruolarsi nell' esercito napoleonico che si preparava alla guerra contro la Russia. È probabile che tra i pazienti non tutti avessero il morbo di Scherlievo [6], ma qualche altra malattia dermatologica come la psoriasi, eczemi, la scabbia, o piodermi che facilmente potevano essere causa di confusione. Nel frattempo il protomedico Cambieri scrisse in italiano e francese alcuni articoli e memorie su questa malattia [7,8]. Così questo piccolo villaggio divenne tristemente famoso e conosciuto in gran parte dell' Europa. Ovviamente i medici italiani, croati o di altre nazionalità che allora lavoravano a Fiume (austriaci, ungheresi, ebrei) oppure negli altri centri della regione avevano difficoltà nel pronunciare o scrivere il nome slavo del villaggio, cioè Škrljevo, per cui nella letteratura medica sull' argomento troviamo vari nomi per la malattia come scrlievo, scarlievo ecc. La malattia fu denominata pure morbo di Fiume (*morbus fluminensis*, mentre è errato *flumicensis*, usato dal triestino dr. Lorenzutti), introdotto nel 1819 dal Flamant, che non ci sembra appropriato in quanto gli abitanti della città erano meno colpiti dal morbo rispetto alla popolazione rurale [18,19]. Nel 1828 poi, Louis Vivant Lagneau nel "Dictionnaire de sciences medicinales" propose il nome di morbo di Grobnico (*morbus grobnicensis*), cioè dal nome del villaggio dove pure si era manifestata la malattia [20]. Infine la malattia fu chiamata pure morbo croato, mentre il volgo usava anche il nome di bolina (dallo slavo *bol* o *bolest* cioè dolore, malattia) o margaretizza, dal nome della citata prostituta per indicare questa terribile malattia [21]. Tale proliferazione di nomi per la sifilide, generalmente legati a località, a popoli oppure a nazioni era consueto subito dopo la sua comparsa in Europa alla fine del XV secolo. Infatti molti medici e laici chiamavano questa malattia venerea "il male francese", "il male napoletano" ma anche "male italico", "male spagnolo" e così via [6].

Oltre a questa confusione di nomi, all' apparire della malattia di Scherlievo alla fine del XVIII secolo molti medici locali e anche di altre regioni avevano le più disparate idee su che tipo di malattia si trattasse. Così Alviso Sax, medico a Buccari, pensava che la malattia fosse scrofulo-

si, il dr. Toma Lasich che lavorava a Karlovac era propenso a pensare che si trattasse di scorbutico, e non pochi come il professore Pietro Frank, il Verdoni e lo studioso della natura Georg Christian Michaelles sostenevano che si trattava di lebbra, mentre Lippich in Slovenia scriveva che probabilmente era lebbra commista a sifilide [16]. Non mancavano neppure connessioni alle vecchie teorie ippocratiche sulle malattie epidemiche ed endemiche. Così, i dottori Cuculich a Buccari e Giacomo Cosmini a Fiume pensarono che l'origine della malattia fosse da attribuire a fattori climatici come la grave siccità presente nella regione sul finire del Settecento per cui l'acqua bevuta dalla popolazione era poco pulita e impura [10]. Si parlava pure di possibili miasmi cioè aria inquinata da emanazioni provenienti dal suolo sotto il quale erano sepolti da secoli migliaia di combattenti. Ciò in base alla tradizione popolare secondo la quale nella piana di Grobnico nel 1242 era avvenuto un grande scontro tra l'esercito croato guidato dai conti Frangipani (Frankopani) assieme a guerrieri del re Ungherese Bela IV, contro i Mongoli o Tatars. Questi ultimi subirono una grave sconfitta, con più di 50.000 morti [22]. Poiché i primi dati su questo scontro sono riportati appena nel 1562 dal frate francescano Ivan Tomašić, taluni studiosi sono del parere che probabilmente si tratti di una leggenda [23]. Da osservare che il nome della località Grobnico deriva dal croato "grob" che significa tomba.

IL LAVORO DI CAMBIERI

Molti medici erano del parere che non si trattava di una malattia venerea e precisamente della sifilide in quanto non si notava nei pazienti il sifiloma alla regione genitale o la cosiddetta "porta invasionis" e neppure era presente la scleroadenite regionale [7]. È interessante notare che né il Cambieri né i medici della regione non avevano osservato praticamente nessun caso di gonorrea nei pazienti affetti dallo Scherlievo, il che attestava si trattasse di una forma di sifilide non venerea, cioè endemica [7]. Oltre a ciò gran parte dei medici del tempo pensava che la sifilide e la gonorrea fossero una sola malattia specialmente dopo lo sfortunato esperimento di autoinoculazione della gonorrea intrapreso dal famoso medico scozzese John Hunter nel 1767, da un paziente affetto sia da sifilide che da gonorrea, per cui si credeva che la blenorragia rappresentasse la prima fase nello sviluppo della sifilide, nonostante un altro scozzese, Benjamin Bell, avesse alla fine del stesso secolo dimostrato il contrario con esperimenti poco etici sui suoi studenti [24,25]. Il fatto fu poi confermato dal famoso sifilologo francese Ricord [26].

È alquanto arduo oggi comprendere tutte queste teorie ed ipotesi sulla natura del morbo. Dobbiamo però sapere che a quel tempo la diagnosi della sifilide si basava soltanto sull' esame clinico. L' agente causale non era ancora stato scoperto, e neppure i test serologici. Valenti dermatovenerologi come il Kaposi e Neumann ancora verso la fine del XIX secolo in presenza del *ulcus durum* aspettavano il manifestarsi del secondarismo per diagnosticare la sifilide [27]. Perciò, possiamo giustificare i nostri predecessori per tali idee. Inoltre soltanto due decenni fa, all' apparire dell' AIDS o sindrome di immunodeficienza acquisita, molti medici all' inizio pensavano che questa malattia fosse causata dall' esposizione rettale dello sperma, dall' uso di nitrato di amile, uso di aghi sporchi, dalla esposizione dell' organismo a vari antigeni e altro, sinché la scoperta del virus dell' immunodeficienza umana (HIV) non dimostrò che tutte queste ipotesi erano prive di fondamento [11].

Secondo il Cambieri il morbo di Scherlievo si poteva dividere in quattro stadi [13]. Dopo l' incubazione si osservava quello prodromico, caratterizzato da malessere, senso di stanchezza, febbre, dolori alle ossa localizzati principalmente alla colonna vertebrale ed alle estremità, cefalea notturna e difficoltà respiratorie. Questo periodo durava circa tre settimane, dopodiché si passava al secondo stadio (*stadium eruptionis*) che poteva durare più mesi o anni. In questo stadio si manifestavano un' arrossamento delle fauci, dolori e difficoltà di deglutazione, voce rauca, erosioni, ulcerazioni e lesioni aftose alla cavità orale mentre i dolori ossei scomparivano. Si osservavano lesioni cutanee di vario tipo come croste, macule, papule, condilomi, squame tutte descritte qualche decennio prima dal professore Joseph Plenck nel suo libro "Doctrina de morbis cutaneis", pubblicato nel 1776 a Vienna e subito tradotto in più lingue, e ancora meglio nel libro di R. Willan [28,29]. Il terzo stadio di solito si manifestava dopo tre o quattro anni ed era caratterizzato da tubercoli disseminati di colore rameico e lesioni foruncolose rossastre alla cute. Nel quarto stadio si notavano lesioni distruttive alle ossa specialmente del cranio e della tibia.

Il dottore Cambieri inoltre chiaramente differenziò la sifilide venerea che poteva concludersi con la morte, dal morbo di Scherlievo che aveva una prognosi migliore. Egli pensava che si trattasse di una particolare forma di sifilide epidemica (endemica), simile al Sibbens della Scozia, alla malattia del Canada, al Radesyge dei paesi scandinavi, o di lebbra, e curava gli ammalati con il mercurio [7,8] Va ricordato che a quel tempo le malattie cutanee venivano curate di norma da chirurghi che appunto usa-

vano generalmente decotti di piante. Il principio su cui si basava l' uso di queste piante nella terapia della sifilide era che dovevano causare sudorazione e purgare, per eliminare gli umori malsani dall' organismo. Venivano consigliati pure bagni di mare. Nella terapia dello Scherlievo venivano usate varie erbe e preparati di origine vegetale come il guaiaco o legno santo (pianta di origine americana della famiglia delle zygothylaceae) molto cara, usata secondo la teoria "dove una malattia era di casa, li doveva trovarsi pure il rimedio" in forma di decotto, la sarsapariglia, il sassofrasso, la bardana, la radice di china ecc. [10] L' utilità di queste erbe nella cura della sifilide era certamente priva di fondamento e alquanto cara, per cui al Cambieri nell' ospedale del Santo Spirito, dove dirigeva il reparto per la malattia di Scherlievo, fu concesso di sperimentare nuovi preparati più idonei alla terapia del morbo, usando principalmente preparati a base di mercurio (sublimato corrosivo, cinabro, calomelano, il precipitato rosso, bjiuro di mercurio.) sia per via orale, topica (unguenti), che fumigazioni, ma più tardi pure con decotti di varie piante [7,8]. Crediamo opportuno accennare che nella regione fiumana la terapia mercuriale era a quel tempo già ben nota, dato che Saverio Graziani, protomedico a Fiume, aveva nel 1755 pubblicato un libro sull' uso del mercurio nella terapia di varie malattie, e che fu lodato persino dal celebre Gerhard van Swieten, allievo del Boerhave, medico dell' imperatrice Maria Teresa e fondatore della vecchia Scuola medica viennese che curava la lue con il mercurio [30,31].

Da quanto esposto possiamo dedurre che il trattamento dei pazienti affetti dallo "Scherlievo" era certamente insoddisfacente, alquanto problematico e frequentemente piuttosto tossico. Possiamo accennare infine che anche a quell' epoca oltre alla terapia prescritta da medici, i pazienti ricorrevano talvolta a vari ciarlatani che si vantavano di conoscere rimedi magici, ma di solito con effetti piuttosto deleteri. Aggiungiamo che nella prima metà dell' Ottocento molti medici, specialmente della scuola viennese, erano scettici o addirittura nichilisti sull' uso dei medicinali di cui disponevano, e dichiaravano che l' essenziale fosse una esatta diagnosi [32].

Più tardi venne introdotto lo jodio in forma di jodato di potassio che risultò utile soprattutto nelle forme tardive della sifilide [33]. Ricordiamo soltanto che più tardi, all' inizio del XX secolo, il dottore Antonio Grossich, d' origine istriana, lavorando a Fiume introdusse per primo nella chirurgia l' uso delle penellature di jodio come disinfettante [34].

Il Cambieri tentò pure la possibilità di immunizzare i pazienti. Sosteneva infatti ch'è "l'individuo risanato non è più suscettibile di essere contaminato dallo stesso contagio, come me ne sono assicurato con degli esperimenti" [7,8]. Simili conclusioni ed idee erano possibili dopo l'introduzione della vaccinazione contro il vaiolo da parte di Jenner. Purtroppo nella sifilide l'immunità è più complessa ed il suo meccanismo non è ancora completamente chiarito, anche se sono presenti anticorpi e una risposta da parte dei linfociti T (risposta cellulare).

Dopo il ritiro dei francesi, furono finalmente applicate correttamente le misure proposte da von Stiff che ben presto dimostrarono la loro validità. Esse consistevano essenzialmente nella visita obbligatoria di tutta la popolazione della regione (*lustratio populationis*), ospedalizzazione obbligatoria di tutti i pazienti affetti dal morbo di Scherlievo, e infine una accurata pulizia e disinfezione delle loro case con acqua calda, sapone e inbiancamento dei muri con calce. Gli oggetti che non si potevano disinfettare venivano bruciati [13]. Nell'applicazione di tali misure essenziale fu l'apporto del protomedico Cambieri, a capo della sanità della regione. Difatti, nel 1818 furono contemporaneamente visitati da speciali commissioni capeggiate da un medico (ne facevano parte il sindaco e un sacerdote) tutti gli abitanti degli 11 distretti della contea. Visitate furono più di 127.000 persone, ovvero il 97% della popolazione (3.953 si erano dati alla fuga o nascosti), il che rappresenta un enorme successo organizzativo per le istituzioni sanitarie dell'epoca, anche se non possiamo esprimerci su quanto furono accurate. La commissione si recava di casa in casa. Tra i visitati furono dichiarati ammalati 2.972 persone e 1.194 sospetti [13], tutti subito inviati agli ospedali della regione. Ai pazienti era proibito uscire da questi nosocomi, e nemmeno potevano ricevere visite. Talvolta era possibile parlare loro attraverso doppie inferriate. È da rilevare che tutte le spese ospedaliere, i medicinali necessari e le perlustrazioni erano coperte dal governo. Oltre a queste misure l'amministrazione cittadina pubblicò vari regolamenti ed istruzioni sul come prevenire nuovi contagi, sia in lingua italiana che croata. Per i cittadini della regione se volevano viaggiare o recarsi in altre regioni era necessario avere nel passaporto la conferma di essere esenti dalla malattia di Scherlievo. Inoltre, ai sacerdoti era vietato di unire in matrimonio persone affette dal morbo [6].

Le visite mediche di tutta la popolazione furono rinnovate nel 1819 e 1820, in seguito ogni tre anni sino al 1840 quando si diradarono ancora più e, attorno al 1860, finalmente terminarono.

L'enorme numero di ammalati creava, ovviamente, grandi problemi alle istituzioni sanitarie della regione fiumana. Particolarmente il numero dei postiletto era di gran lunga inferiore al numero dei pazienti da ricoverare. Bisognò anzitutto incrementare il numero dei letti necessari. Un importante ruolo anche qui ebbe il Cambieri che propose alle autorità l'apertura di un nuovo ospedale. L'iniziativa fu accettata: vennero acquistati gli edifici della ex fabbrica di cera Cavalli- Licudi e l'Ospedale civico di Santo Spirito fu aperto nel luglio del 1823. Si aprì pure un ospedale a Martisnizza con 200 posti letto (dove più tardi si aprì il nuovo lazzaretto) ed un piccolo ospedale anche a Buccari (Bakar).

Infine il più grande ospedale venne inaugurato nel castello dei Frangipani a Portorè (Kraljevica). Questo ospedale poteva contenere circa 2000 pazienti, ed in esso lavoravano 14 medici, in maggioranza chirurghi, con un certo numero di personale ausiliario. Durante gli anni 1818-1820 furono ricoverati in questo castello-ospedale 3.629, pazienti sofferenti del morbo di Scherlievo. La maggioranza dei pazienti erano donne, probabilmente più interessate alla salute della famiglia e al proprio aspetto, mentre i maschi dovevano lavorare malgrado la malattia e guadagnare per sostenere la famiglia. Da segnalare che nell'ospedale il dottore Fachinetti fece esperimenti di inoculazione di materiale proveniente da lesioni sifilitiche tardive su sette pazienti dimostrando che esse non erano più contagiose [16]. Tale esperimenti in parte confermarono le ipotesi già ricordate del Cambieri che i pazienti risanati erano immuni a nuova infezione, ma soprattutto indicavano che nel corso della malattia si sviluppava una specie di resistenza verso nuove reinfezioni. Una simile opinione ma più pericolosa, dopo oltre 2500 autoinoculazioni l'ebbe il Ricord che sosteneva il contagio fosse possibile soltanto nel periodo iniziale della malattia sifilitica [26].

Sul morbo di Scherlievo furono scritti numerosi saggi e libri. Così l'insigne medico Jean Louis d'Alibert, fondatore della scuola dermatologica francese descrive nei suoi trattati il morbo di Scherlievo, e lo classifica nel settimo gruppo di malattie cutanee [35]. Jenniker, che condivise l'opinione di Cambieri, cioè che si trattasse di una particolare forma di sifilide, nella sua compilazione sul morbo di Scherlievo, riporta la terapia dell'epoca, ma anche un incredibile numero di lesioni cutanee e una complicata terminologia che creano soltanto confusione [36]. Tra i medici più famosi dell'epoca che si occuparono e studiarono il morbo di Scherlievo ricordiamo il professore Ferdinando Hebra, fondatore della scuola dermatologica austriaca che visitò Portorè nel 1851. Durante la visita egli con-

statò che non tutti i pazienti ricoverati all' ospedale di Portorè avessero la sifilide, e consigliò alcuni miglioramenti nella terapia allora usata presso questa istituzione. Già prima (1845) egli aveva ricordato il morbo di Scherlievo in un articolo in cui cercò di classificare tutte le dermatosi secondo l' anatomia patologica di Rokitansky [37]. Il morbo di Scherlievo era incluso nel quarto gruppo delle malattie della cute, cioè delle dermatosi essudative croniche assieme a vari tipi di lupus e ad altre forme di sifilide endemica.

Nel 1854 giunse nella regione per fare una ispezione all' ospedale di Portorè l' illustre sifilologo Karl Ludwig Sigmund, professore a Vienna, che suggerì alcuni aggiornamenti e rese più razionale la terapia degli ammalati dello Scherlievo [16]. Egli assieme al Pernhoffer sostenne che il morbo di Scherlievo non fosse altro che una comune forma di sifilide venerea. Crediamo ciò sia dovuto al fatto che il vero Scherlievo stava già scomparendo, e rimanevano casi già da lungo tempo curati oppure nuovi di vera sifilide trasmessa tramite rapporti sessuali. Pernhoffer, nonostante le sue idee, contribuì a chiarire alcuni aspetti del morbo e curò gli ammalati sistematicamente con unzioni a base di mercurio [38]. Nel 1859 egli chiuse l' ospedale-castello di Portorè dato che il numero dei pazienti rimasti era ormai minimo. Nell' ospedale di S. Spirito lavorò sino alla sua morte il protomedico Cambieri, che vi infuse tutte le proprie energie e sapere. Questo ospedale disponeva all'inizio di 180 letti ed era costituito da 5 divisioni: interna, chirurgica, scrilevitica, sifilitica e manicomio (e casa di maternità). Nel 1838 dopo la morte del Cambieri il reparto fu guidato dal dottore Girolamo Fabris, che nonostante abbia studiato a fondo il morbo di Scherlievo, non lasciò scritto nulla sulla malattia, ma introdusse la prosettura. È da rilevare che all' inizio dell' Ottocento la diagnosi della sifilide, nota come la "grande imitatrice" era tutt'altro che facile, molti medici continuavano ancora a credere che la sifilide e la blenorragia fossero una stessa malattia di cui la blenorragia rappresentava la fase iniziale. Purtroppo, nemmeno la terapia era soddisfacente. Molti pazienti probabilmente non erano affetti dal morbo di Scherlievo, bensì da altre malattie cutanee. Di tale argomento si occupò il dottore Peričić all'ospedale di Sebenico, che ribadendo le esposte idee del Sigmund e di Pernhoffer sosteneva che il morbo non era altro che sifilide [39]. Talvolta si trattava di diagnosi alla moda [40].

Nonostante questo, per l' ingente lavoro svolto, per l' impegno nella lotta contro questa malattia contagiosa, per l' impegno profuso nell' apertura di un nuovo ospedale, a cui lasciò tutti i propri averi, il dottore

Cambieri fu apprezzato da tutti, e dopo la morte a Fiume gli fu intitolata una Piazza. Oggi, una via presso il nuovo ospedale cittadino, porta il suo nome.

CONCLUSIONE

In questa breve esposizione abbiamo ripercorso la storia travagliata del morbo di Scherlievo, cioè di una endemia sifilitica presente nella regione fiumana verso la fine del XVIII e nella prima metà del XIX secolo. Abbiamo ritenuto opportuno chiarire il ruolo svolto dal Cambieri e le misure intraprese per frenare la diffusione della malattia, nonché di evidenziare l'importanza dei fattori economici, culturali, storici per l'apparire del morbo. Alcune concezioni dei medici del tempo sulla malattia e sulla sua propagazione possono sembrarci assurde, ma nonostante ciò l'apparizione del morbo di Scherlievo nella regione contribuì notevolmente allo sviluppo del pensiero scientifico e della medicina nella città di Fiume, permettendo l'osservazione di migliaia di casi e lo studio di nuovi trattamenti. Possiamo quindi affermare che il Cambieri fu il primo sifilologo della nostra regione e in tutta la Croazia, e osò affrontare il metodo sperimentale.

BIBLIOGRAFIA

1. Bevilacqua C. Giovanni Battista Cambieri (1754-1838) da Pavia a Fiume. *Lanternino* 1999(suppl):16-19.
2. Škrobonja A, Bobinac D, Varljen J, Simonić A, Linić-Vlahović V. Rijeka medical school: Development of the education and medicine in Rijeka. *Croat Med J* 1992;33:126-33.
3. Gentili G. Lo Skrilievo o Morbus Fluminensis in alcune tesi dell'Università di Padova. *Acta Fac med Flum* 1991;16:143-147.
4. Thaller L. Škrljevo u državnom arhivu u Zagrebu. *Liječ Vjesn* 1947; 69:46-7.
5. Slavec Zupanič Z. The Skrljevo disease- endemic syphilis- in the Slovene lands. Mohorjeva, založba. Klagenfurt, Ljubljana, Wien 2005.
6. Gruber F. Škrljevo disease-two centuries of history. *Intern J STD* 2000;11: 207-211.
7. Cambieri G. B. Malattia di Scherljevo. *Giorn Med Prat* 1812;2:167-94.
8. Cambieri G. B. Storia della malattia di Skrilievo, ossia di una particolare forma di sifilide manifestatasi in alcuni distretti del littorale Illirico. *Ann Univer di Med Omedei*. Milano, 1819;5:273.

9. Melzer R. *Dissertatio inauguralis medica circa morbum de Scharlievo*. Viennae: VA Strauss, 1832;5-23.
10. Giacich A. F. *Sullo Skrilievo*. Padova: P Prosperini, 1862;7-31.
11. Essex M. *Origin of Aids*. In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA eds. *AIDS- Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention*. Philadelphia: Lipincott, 1988;3.
12. Kobler G. *Memorie per la storia della liburnica città di Fiume*. Fiume: Mohovich, 1896;vol 3:62.
13. Bonetić N. *O endemskom sifilisu u Hrvatskom primorju (Morbus Skerljevo) u prvoj polovici XIX. stoljeća*. Sušak (Rijeka): Primorski štamparski zavod, 1936;3-16.
14. Frank JP. *De curandis hominis morbis epitome*. Vol.VI, Viennae: A. Doll1805;356.
15. Gigante S. *Storia del comune di Fiume*. Bemporad, Firenze, 1928
16. Bazala V. *Morbus Škrljevo*. *Zeitschr f. Forschung-Praxis-Fortb Med*.1966;8:268-75.
17. Gruber F. *Hrvatski znanstveni prilozi Škrljevskej bolesti*. *Il Lanternino* 1999; suppl: 23-24.
18. Lorenzutti A. *Specimen inaugurale medicum de peculiari quadam syphilidis forma nomine flumicensis sive morbi de Scharlievo noto*. Padova 1830.
19. Flamant RPF. *Mal de Scherlievo ou de Fiume*. *J compl du dict sc med*.Paris, 1819; 5:134-38.
20. Lagneau LV. *Traite pratique des maladies syphilitiques*. Bruxelles: CJ Mat et H Remy, 1828:374-7.
21. Berdar A, Mento G, Berdar N. *La devastante , enigmatica malattia chiamata "skriljevo"*. *Atti del XXXV Congresso Nazionale di Storia dellla medicina*. Messina1992:553-71.
22. Trešić-Pavičić A. *Izgon mongola iz Hrvatske*. Matica hrvatska, Zagreb 1942.
23. Rački A. *Iz najstarije povijesti grada Grobnika*. *Naša Sloga* 1930;3 (N 527):5-6.
24. Hunter J. *A treatise on the venereal disease*. London: 1786.
25. Bell B. *A treatise on gonorrhoea virulenta and lues venerea*. Vol I, Edinburgh: Watson Mudie and Murray, 1793.
26. Ricord Ph. *Lecons sur le chancre*. Delahaye, Paris 1858.
27. Kyrle J. *Današnje stanje nauke o patologijii terapiji sifilisa*. Lipšić, Bjelovar 1920:7
28. Plenck J. *Doctrina de morbis cutaneis*. Vienna: R. Graeffer, 1776.
29. Willan R. *Description and treatment of cutaneous diseases*. 1798-1807.

30. Gratiani X. De usu mercurii tam externe quam interne. Vienna: Kaliwodiana, 1755.
31. Waugh M. The Viennese contribution to venereology. Br J Venereal Dis 1977;53:247-51.
32. Koebling HM. Storia della terapia medica. Momenti fondamentali. Darmstadt, Ciba Geigy 1989:115-16.
33. Wallace W. Clinical lectures and remarks on diseases of the skin and venereal disease and surgical cases at the infirmary 1831-2 and at the Jevis St Hospital Dublin. Lancet 1836; 2: 534, 615.
34. Grossich A. Eine neue Sterilisierungsmethodeder Haut bei Operationen. Zentralblatt für Chirurgie 1908;44:1289-92.
35. Alibert JL. Clinique de l' Hopital Saint Louis, ou Traite complet des maladies de peau. Paris, 1833; p. 277.
36. Jenniker A. Geschichtlicher administrativer Haupt-Bericht über die Skarlievo-Heil-anstalten in Fiumaner Kreise, sammt Beschreibung der Krankheit. Medicinische Jahrbucher des k.k. österreichischen Staates. Wien 1819-20;V:3:104-38.
37. Hebra F. Versuch einer auf pathologische Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankheiten. Zeitschr k.k. Ges d. Ärzte in Wien 1845;2:211-31.
38. Pernhoffer G. Untersuchungen und erfahrungen über das Krankheitsübel Skerlievo im kroatisch-istrianischen Küstenlande. Ein Beitrag zur Syphilis Lehre. Wien: Tendler, 1868.
39. Peričić B. Pitanje o takozvanom" Škrljevu". Zadar, 1893.
40. Muzur A, Škrobonja A. Škrljevo disease. Between mith and reality. Croat Med J 2004. 45:428-31.

SAŽETAK

G. B. Cambieri je u prvoj polovici XIX. stoljeća bio najznačajniji liječnik riječke regije. Rođen je u blizini grada Pavije gdje je završio Medicinski fakultet. U Rijeku je došao 1797. i ubrzo postao glavni gradski liječnik. Njegov je rad bio prije svega usmjeren prema zaraznoj bolesti koja se pojavila i širila krajem XVIII. stoljeća u Škrljevu, mjestu u blizini Rijeke. Opisao je bolest i smatrao je morbus sui generis, a nazvao je morbus Scherlievo. Napisao je nekoliko članaka o bolesti koja je predstavljala oblik sifilisa, a liječio ju je ponajprije živinim pripravcima. Istraživao je nove mogućnosti liječenja pa čak i autoinokulacijom. Na njegovu inicijativu otvorena je nova gradska bolnica s odjelom za sifilis. Sav je svoj imetak nakon smrti (1838.) ostavio toj bolnici. Njegov rad smatramo važnim za početak venerologije (sifilidologije) u riječkoj regiji.

Ključne riječi: povijest medicine, XVIII., XIX. stoljeće, venerologija, Cambieri, škrljevska bolest, Gradska bolnica i ubožnica, Rijeka, Hrvatska